

پیشنهاد صدور بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری

بیمه گذار گرامی، خواهشمند است به تمام موارد این فرم با صداقت کامل و به صورت کامل و خوانا پاسخ دهید و سپس امضاء نمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه، صحت اطلاعات در این پیشنهاد و پاسخ های شما است و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. به منظور رعایت حقوق بیمه گذار و استفاده کنندگان بیمه نامه این فرم بدون هر گونه خط خوردگی و یا لاک گرفتگی پذیرفته خواهد شد.

کد رایانه: واحد صدور: نام و کد معرف: تاریخ تکمیل پیشنهاد:

نام و نام خانوادگی نام شرکت:	شماره ملی (حقیقی)/شماره ثبت (حقوقی):
شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: نام پدر:	شغل اصلی:
تاریخ تولد: / / ۱۳..... جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> میزان درآمد ماهیانه: ریال تلفن همراه (الزامی):	محل سکونت (الزامی): استان، شهر و آدرس:
محل کار: استان، شهر و آدرس:	کد پستی (الزامی): ایمیل:

مشخصات بیمه گذار
(حدالاً ۱۸ سال)

نسبت بیمه شده با متقاضی: خودم سایر (در صورت مثبت بودن پاسخ نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد).

نام و نام خانوادگی:

شماره ملی: شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: نام پدر:

شغل اصلی: شغل فرعی: (توجه: لطفاً از عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید).

تاریخ تولد: / / ۱۳..... جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متاهل تلفن ثابت (با ذکر کد شهر - الزامی): تلفن همراه (الزامی):

محل سکونت (الزامی): استان، شهر و آدرس:

محل کار: استان، شهر و آدرس: کد پستی (الزامی):

مشخصات بیمه شده

۱- <input type="checkbox"/> قسط حق بیمه: ریال	۲- تعداد اقساط در سال: <input type="checkbox"/> یک قسط <input type="checkbox"/> دو قسط <input type="checkbox"/> چهار قسط <input type="checkbox"/> دوازده قسط	۳- ضریب افزایش سالانه حق بیمه: <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> صفر
۴- سرمایه فوت به هر علت: ریال	۵- ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: صفر <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪	۶- مدت بیمه نامه: سال
۷- پوشش فوت در اثر حادثه: بلی (یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهار برابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت) - خیر <input type="checkbox"/> ۷-۱ - نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی از حادثه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۷-۲ - هزینه های پزشکی ناشی از حادثه: بلی (۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت) - خیر <input type="checkbox"/>	۸- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل (ناشی از حادثه یا بیماری) بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورتی که بیمه گذار با بیمه شده یکی نباشد پوشش معافیت در صورت فوت بیمه گذار نیز برقرار خواهد بود) ۸-۱ پوشش مستمری از کارافتادگی بلی (یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهار برابر <input type="checkbox"/> حق بیمه سالانه	۹- پوشش امراض خاص: بلی (۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ سرمایه فوت به هر علت) - خیر <input type="checkbox"/>
۱۰- مبلغ اندوخته اولیه (واریز متفرقه): ریال		
۱۱- آیا حق بیمه پوششهای اضافی از حق بیمه اصلی کسر گردد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

نام و نام خانوادگی	شماره ملی	نسبت با بیمه شده	جنسیت	تاریخ تولد ذینفع	درصد سهم	اولویت	چهار	
							۱	۲

مشخصات استفاده کنندگان

آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادره شده، در جریان صدور یا رد صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن جدول ذیل را تکمیل نمایید.
بلی خیر

نام شرکت بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه فوت (ریال)	توضیحات / دلیل رد یا صدور

سوابق بیمه ای

